

Schwerpunkt PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND DELINQUENZ

Jung, delinquent und psychisch auffällig

Ein multidisziplinärer Lösungsansatz der Hilfskoordinierung und der Versorgung

Svenja Heinrich, Galina Missel

Die Versorgung von psychisch auffälligen und (prä-)delinquenten Jugendlichen und Heranwachsenden stellt eine interdisziplinäre Herausforderung für die beteiligten Systeme dar: Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz. Das transnationale EU-Forschungsprojekt „Fact for Minors“ beschäftigte sich mit der Förderung der multidisziplinären Zusammenarbeit dieser Hilfesysteme. Methodische Grundlage war das capacity building, das Fachkräfte aus unterschiedlichen Systemen im Rahmen einer Workshopreihe zusammenbrachte. Ein gemeinsames Fallverständnis, das Gefühl der geteilten Verantwortung sowie Verankerung auf Leitungsebene wurden als wichtige Grundlagen der multidisziplinären Kooperation identifiziert.

Keywords: Multidisziplinäre Kooperation, psychische Auffälligkeiten, capacity building, gemeinsames Fallverständnis, Systemsprenger

Einleitung

„Noch immer fordern wir von ihnen, sich unserem System, unserem von außen kommenden Setting zu fügen. Dabei sollten wir selbst uns an ihre sehr begrenzten und beeinträchtigten Bindungskapazitäten anpassen.“¹

Das obige Zitat des Psychologen und Psychotherapeuten MARK DANGERFIELD deutet auf die Schwierigkeiten der Versorgung von hoch belasteten psychisch auffälligen und (prä-)delinquenten Jugendlichen und Heranwachsenden hin. Die Biographien dieser jungen Menschen sind gekennzeichnet durch Beziehungsabbrüche, daraus resultierende Bindungsstörungen sowie selbst- und fremdgefährdendes Verhalten. Häufig durchlaufen die Jugendlichen zahlreiche Hilfs- und Versorgungsangebote, die jedoch oft nicht in der Lage sind, passgenau auf ihre komplexen Bedürfnisse zu reagieren und ihnen eine Haltestruktur zu bieten.

Während davon ausgegangen wird, dass ca. 20% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Belastungen aufweisen,² erfüllen mehr als die Hälfte der jungen Menschen in teilstationären und stationären Einrichtungen die Kriterien mindestens einer ICD-10 Diagnose.³ Betrachtet man jugendliche Straftäter, steigt hier die Prävalenzrate psychischer Auffälligkeiten auch in klinisch relevantem Ausmaß je nach Untersuchung auf bis zu 60-90% an.⁴ Insbesondere Substanzmissbrauch, dissoziales Verhalten, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Impulskontrollstörungen und affektive Störungen sind in dieser Zielgruppe zu beobachten.⁵

Der Umgang mit dieser Zielgruppe – auch als „Systemsprenger“⁶ oder „Grenzgänger“⁷ bezeichnet – stellt eine interdisziplinäre Herausforderung für die betroffenen Systeme dar, die an der Hilfeplanung beteiligt sind: Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz. Mit dieser Herausforderung sehen sich allerdings nicht nur Fachkräfte in Deutschland konfrontiert, sondern auch die Europäische Union fordert die stärkere Integration sozial-

pädagogischer und psychotherapeutischer Maßnahmen, um bestehende Lücken in der Versorgung der Zielgruppe zu schließen.⁸ Vor diesem Hintergrund fördert die Generaldirektion für Justiz der Europäischen Kommission das transnationale Forschungsprojekt „Fact for Minors: Fostering Alternative Care for Troubled Minors“. Partner in dem Projekt sind Ministerien, Forschungseinrichtungen sowie freie und staatliche Träger aus Italien, Portugal, Spanien, Finnland, Belgien und Deutschland.⁹

Das Kernanliegen des Projektes besteht in der Förderung der multidisziplinären Zusammenarbeit der jeweiligen Hilfesysteme in den sechs EU-Partnerländern. Als methodischer Ansatz wird hier das „capacity building“ von Fachkräften angestrebt. Dieser im EU-Kontext häufig verwendete Ansatz unterscheidet sich von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die die Kompetenzerweiterung des einzelnen im Fokus haben. Capacity building hingegen bezieht sich auf das Lernen voneinander, auf das Erkennen der Ressourcen und der Expertise des Gegenübers, auf die Identifikation gemeinsamer Zielsetzungen, um die Wirkungskraft eines Netzwerks an Akteuren zu stärken und eine Organisationsentwicklung aller beteiligter Systeme zu fördern.¹⁰

Im Folgenden werden erste Ergebnisse vorgestellt, die der deutsche Partner CJD Nord am Standort Hamburg mit Unterstützung der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) gewinnen konnte. Parallel zu den anderen Projektpartnern führte das CJD in einer ersten Erhebungsphase zunächst Einzel- und Gruppeninterviews durch und sammelte Praxisbeispiele guter Kooperation.¹¹ Im zweiten Schritt wurde ein Expertengremium (National Advisory Board) aus Leitungskräften gegründet, das den Prozess des capacity building mit gestaltete und begleitete.¹² In einem weiteren Schritt folgte das eigentliche capacity building: Eine Workshopreihe für Fachkräfte aus den Bereichen Justiz, Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1 DANGERFIELD, 2017, S. 17.

2 RAVENS-SIEBERER ET AL., 2007.

3 BUNDESVERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN UND DIENSTE DER ERZIEHUNGSHILFEN E.V. (BVkE), 2010, S. 1.

4 FEGERT, 2010; OSCHONKA 2010; INTERNATIONAL JUVENILE JUSTICE OBSERVATORY (IJJ), 2009.

5 LAUCHT, 2001.

6 BAUMANN, 2015, S. 7.

7 GROEN & JÖRNS-PRESENTATI, 2017.

8 Auszug Project Description and Implementation, Annex 1, JUST/2015/ Action Grants, Projektantrag Fact for Minors 2015.

9 [http://www.factforminors.eu/].

10 IPRS, 2017.

11 Im Rahmen der Interviews wurden Akteure aus folgenden Bereichen interviewt: Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Adoleszenzpsychiatrie, Forensik, Jugendgerichtshilfe, Jugendbewährungshilfe, freie und staatliche Jugendhilfeträger, Straffälligenhilfe, Wissenschaft, Sozialbehörde, Gesundheitsbehörde.

12 Im Leitungsgremium vertreten waren Akteure aus folgenden Bereichen: Kinder- und Jugendhilfe, Jugendvollzug, Jugendbewährungshilfe, Jugendgerichtshilfe, Forensik, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI).

Herausforderungen der multidisziplinären Kooperation

In der Versorgung von psychisch auffälligen und delinquenten Jugendlichen geht es häufig um komplexe und individuelle Hilfebedarfe, die die Abstimmung zwischen unterschiedlichen Professionen aus verschiedenen Systemen erfordern. Insbesondere, wenn die Ausrichtung des Hilfebedarfs nicht eindeutig ist und die Betroffenen Widerstände gegen Maßnahmen zeigen scheint diese Kooperation notwendig.

„Versäulung“ der Systeme

Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe sind Kooperationsformen in § 78 SGB VIII vorgesehen, wonach öffentliche und freie Träger Arbeitsgruppen bilden und Maßnahmen aufeinander abstimmen und sich gegenseitig ergänzen sollen. Seit der Gesetzesreform von 1990 erfordert auch die Hilfeplanung nach § 35a SGB VIII eine Kinder- und Jugendpsychiatrische bzw. – psychologische Stellungnahme durch entsprechende Fachkräfte.

Neben dem SGB VIII der Kinder- und Jugendhilfe greifen in der Versorgung der Zielgruppe jedoch noch das SGB V der Gesundheitsversorgung, das Jugendgerichtsgesetz (JGG) sowie das PsychKG und das BGB. Eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit ist hier nur bedingt vorgesehen. Während das SGB VIII Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe zur Kooperation auffordert, werden Kooperationsleistungen von Kliniken und Fachärzten mit anderen fachlichen Disziplinen durch das SGB V nicht vergütet.¹³ Im Hinblick auf die Zielgruppe hat das Justizsystem durch das JGG zwar einen erzieherischen Auftrag – ein therapeutischer Auftrag ist jedoch nur bedingt gegeben.¹⁴

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rechtskreise beklagten die im Rahmen des Projektes befragten Leitungskräfte des Expertengremiums eine „Versäulung“ der Systeme, die eine Abstimmung und Zusammenführung der Hilfen erschwere. Rechtliche und normative Vorgaben setzen gewisse Zuständigkeitsgrenzen, die sich insbesondere an den Übergängen zwischen den Systemen manifestierten, so dass es häufig zu einem sogenannten „Drehtüreffekt“ oder „Verschiebeshöfen“¹⁵ komme. Wünschenswert wären daher eine stärkere multidisziplinäre Zusammenarbeit, Formen der vom Einzelfall losgelösten Kooperation sowie institutionalisierte Strukturen wie etwa eine designierte Stabsstelle.

Zur Förderung der multidisziplinären Zusammenarbeit sind Initiativen und Modellprojekte in verschiedenen Teilen Deutschlands entstanden. Für Hamburg und Schleswig-Holstein hat das Projekt Fact for Minors die Evaluationsberichte des Grenzgänger Projektes¹⁶ sowie des Kooperationsprojektes zwischen dem Hamburger Landesbetrieb für Erziehung und Beratung (LEB) und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie¹⁷ gesichtet und in das capacity building einfließen lassen. Zudem wurde auf den Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Bezug genommen.¹⁸ Dabei ist zu ergänzen, dass die obigen Kooperationsmodelle sich primär auf die Systeme Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie stützten, das System Justiz jedoch keine gezielte Einbindung findet.

Auswirkungen auf die operative Praxis

In der Versorgung der Zielgruppe sind auch Fachkräfte regelmäßig mit den hier genannten systemischen Grenzen konfrontiert. Basierend auf Interviewergebnissen und den oben genannten Evaluationsberichten lassen sich die Auswirkungen und Herausforderungen auf die operative Praxis in folgenden Punkten zusammenführen: Gemeinsame Sprache

und wechselseitige Systemkenntnisse, Gefühl der geteilten Verantwortung, Kooperation bei Systemübergängen.

Gemeinsame Sprache und wechselseitige Systemkenntnisse

Als eine der zentralen Konfliktlinien kristallisierte sich in den Interviews heraus, dass es unter Fachkräften häufig an einem Verständnis der inneren Logik des jeweils anderen Systems fehle. Insbesondere bei jenen Fällen, in denen bestimmte Krankheitsbilder aufgrund des Alters noch nicht vollständig entwickelt sind oder in denen die Diagnostik aus anderen Gründen unklar ist, lässt sich die Frage nach der Notwendigkeit pädagogischer oder medizinischer Interventionen nicht immer eindeutig beantworten. Vielmehr sind aus fachlicher Sicht beide Disziplinen gefragt, jedoch stehen rechtliche Rahmenbedingungen einer passgenauen Versorgung teilweise entgegen:

„Auf der Akutstation haben wir das Problem ständig und das sind nicht immer Fälle, wo wir sagen würden, das ist ein rein pädagogisches Problem, z.B. Patienten, wo wir sagen, die brauchen auch psychiatrische und psychologische Hilfe, aber nicht akut... Das ist jetzt erstmal ein Fall des Jugendamtes da einen geeigneten Wohnort zu finden. Wenn es den gibt, kann man längerfristige stationäre Therapie machen. Das Jugendamt versteht oft nicht, warum wir den Patienten nicht sofort aufnehmen. Wir weisen den Patienten ab, die bringen den Patienten aber nirgendwo unter, weil die Einrichtungen sagen, der muss in Behandlung sein. Da beißt sich die Katze in den Schwanz ... Also ich glaube tatsächlich dieser Aspekt von gemeinsamer Sprache und zu wissen, was die Aufgabengebiete des Anderen sind, ist total wichtig. Weil man sich viel Frustration und Energie sparen könnte, wenn das Jugendamt von vornherein wüsste, ok, das ist kein Fall für die Akutstation.“¹⁹

Hinzu kommen die jeweiligen Selbstverständnisse der einzelnen Disziplinen. Während die Sozialisation im medizinischen Bereich den psychologischen Befund als Werkzeug liefert, wird ein Störungswissen in der sozialpädagogischen Ausbildung nur bedingt vermittelt. Zudem erschwert die komplexe Schnittstellenaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe als Prüfungs-, Aushandlungs- und Entscheidungsinstanz bei der Bewilligung von Hilfen zur Erziehung²⁰ diese Präzision:

„Ich finde, da fehlt aber auch häufig eine Sprache, dafür, was Sozialpädagogen machen. Die Psychologen haben ihre Diagnosen, die einheitlich sind, eine Präzision reinbringen. Das hat die Sozialpädagogik nicht ... unter Sozialarbeitern, Sozialpädagogen gibt es eine Selbstwertproblematik. Ihre Arbeit darzustellen und zu sagen, das was wir hier machen ist eine fundierte Arbeit, da gibt es eine Hemmung. Da sind die Psychologen, Ärzte, Juristen, die das Feld bestellen.“²¹

13 KÖLCH ET AL., 2015, S. 9.

14 Z.B. Therapie statt Strafe bei § 35 BtmG-Verstoßen.

15 FEGERT, 2010.

16 GROEN & JÖRNS-PRESENTATI, 2017.

17 BINDT ET AL., 2017.

18 BRANIK ET AL., 2017.

19 Einzelinterview Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.

20 BRANIK ET AL., 2017, S. 22.

21 Auszug aus multidisziplinärem Gruppeninterview.

Einer „Selbstverzweigung der Jugendhilfe“²² kann jedoch durch effektive Kooperation entgegengewirkt werden. In dem Hamburger Kooperationsprojekt zwischen LEB und Kinder- und Jugendpsychiatrie kam es mitunter zu einer Bestätigung der Einschätzung der sozialpädagogischen Fachkraft durch die beteiligten Fachärzte, was zu einem sicheren Auftreten führte und die Lebenssituation des betreuten Jugendlichen positiv beeinflusste.

„Wir haben den Pädagogen näherbringen können, dass auch wir nicht über Wundermittel verfügen (...) Der Dialog hat wohl beidseitig Erwartungen aneinander relativiert, das ist gut so.“²³

Gefühl der geteilten Verantwortung

Kennzeichnend für die Zielgruppe der sogenannten „Systemsprenger“ ist häufig eine geringe Mitwirkungsbereitschaft oder gar die komplette Ablehnung von Hilfen. Der oft enorme Widerstand der jungen Menschen – und ihrer Familien – führt bei den Fachkräften zu einem Gefühl der Hilflosigkeit:

„Zu sagen wir kommen hier nicht weiter, weil manche einfach nicht erreichbar sind. Im Zweifelsfall greifen die Berufsgruppen sich dann gegenseitig an, weil die Hilflosigkeit nicht ausgehalten werden kann. Und manchmal gibt es dann ein Aufatmen, wenn sie endlich in U-Haft sind.“²⁴

Eng verknüpft mit der hier erwähnten Hilflosigkeit ist der hohe Verantwortungsdruck, unter denen fallführende Fachkräfte stehen, insbesondere dann, wenn Jugendliche „alles in Schutt und Asche legen“ und sich keine geeigneten Unterbringungs- und Versorgungsangebote finden. Während freie Träger Wahlmöglichkeiten hätten, konzentrierte sich die Versorgung der schwierigsten Fälle folglich bei staatlichen Trägern. Bei den beteiligten Berufsgruppen fehle es oft an dem Gefühl einer geteilten Verantwortung:

„Die Angst ist ja kein guter Berater. Da müssten Möglichkeiten geschaffen werden, dass die Leute entlastet werden, dass man nicht diese Verantwortung und das Risiko was man eingeht, weil das tut man ja, ... dass das für die Leute zu ertragen ist.“²⁵

Aus einem gewissen Ohnmachtsgefühl heraus entstünde zudem eine Tendenz der wechselseitigen Verantwortungsdelegation:

„Es gibt Jugendliche, die in der Psychiatrie sitzen, weil sie keiner haben will, weil sie durch Selbstverletzungen ein zu großes Risiko darstellen. Suizidal, also erst mal KJP und wir (die Jugendhilfe, Anmerk. Autorinnen) sind raus. Ihr kümmert euch und wenn ihr (die KJP, Anmerk. Autorinnen) den Reifenwechsel macht, dann holen wir ihn wieder ab.“²⁶

Kooperation bei Systemübergängen

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach einer zielführenden Überleitung in das jeweils andere System. Die Rückführung der Jugendlichen in die Einrichtungen nach Behandlungsende müsse, dem Evaluationsbericht des LEB zufolge, organisatorisch weiter ausgebaut werden. So würden Jugendliche teilweise in Einrichtungen entlassen ohne gesicherte psychologische Anschlussversorgung. Hier bedürfe es einer formal geregelten Kommunikation zwischen Klinik und Jugendhilfeeinrichtung, in der auch die begrenzten Betreuungsmöglichkeiten der Wohneinrichtungen realistisch einfließen.²⁷

Während einerseits auf die Notwendigkeit formalisierter Kooperationsstrukturen hingewiesen wird, kommen die oben erwähnten Evaluationsberichte zu dem Schluss,

„dass Kooperation (...) im konkreten, gegenseitigen Erleben auszuhandeln ist und erst auf der Basis konkreter zwischenmenschlicher Erfahrung eine positive Kooperation bzw. eine positiv erlebte Kooperation zu gelingen scheint.“²⁸

Dafür brauche es Zeit, Regelmäßigkeit und Beständigkeit.²⁹ So wurde die Kooperation zwischen dem Hamburger LEB und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst nach mindestens sieben realen Kontakten zwischen sozialpädagogischen Fachkräften und Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie als positiv wahrgenommen.

„Capacity-Building“ zur Förderung multidisziplinärer Zusammenarbeit

Vor dem Hintergrund der hier erwähnten Herausforderungen der systemübergreifenden Zusammenarbeit entwickelte das Projektteam des CJD Nord die Konzeption und Durchführung des *capacity building* für Fachkräfte am Standort Hamburg. Parallel zu den fünf anderen europäischen Projektstandorten wurde auch in Hamburg ein Expertengremium (*National Advisory Board*) gegründet, das sich aus Leitungskräften aus den Bereichen Jugendvollzug, Jugendhilfe, Jugendbewährungshilfe, Jugendgerichtshilfe und Forensik zusammensetzte. In einem ersten Zusammentreffen dieses interdisziplinären Gremiums wurden die Erwartungen an das *capacity building* definiert. Trotz eines breit gefächerten großstädtischen Versorgungsangebotes gebe es immer wieder Jugendliche, die allen involvierten Systemen bekannt sind, die aber nicht passgenau versorgt werden können und als „Systemsprenger“ auffällig werden. In einem *capacity building* sollten daher die „blinden Flecken“ der Versorgung aufgedeckt werden. Mit dieser Zielsetzung wünschte sich das Gremium genauere Fallanalysen, um zu ermitteln, was an bestimmten Punkten hätte anders gemacht werden müssen und welche interdisziplinären Sichtweisen und Kompetenzen es jeweils gebraucht hätte. Das Expertengremium einigte sich darauf, dass zunächst die Jugendhilfe einen Fall für das *capacity building* einbringen würde. Aus Gründen des Datenschutzes sollten die eingebrachten Fälle anonymisiert werden. Außerdem erklärten sich die Leitungskräfte bereit, Fachkräfte auf operativer Ebene für das *capacity building* freizustellen.

Dreiteilige Workshopreihe

Unter Einbeziehung der Vorschläge des Expertengremiums initiierte das CJD Nord drei *capacity building* Workshops von jeweils drei Stunden zwischen Oktober und Dezember 2017. Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte mit Unterstützung des Expertengremiums, das parallel zu den Workshops insgesamt drei Mal zusammenkam. Es konnte eine multidisziplinäre Fachkräftegruppe aus den folgenden Bereichen

22 Vortrag Prof. Dr. HOLGER ZIEGLER am 29.11.2017 auf dem Fachtag „Kooperation im Grenzgängerbereich – Ergebnisse und Ausblicke“ in Glückstadt.

23 BINDT ET AL., 2017, S. 14.

24 Auszug aus multidisziplinärem Gruppeninterview.

25 Auszug aus multidisziplinärem Gruppeninterview.

26 Auszug aus multidisziplinärem Gruppeninterview.

27 BINDT ET AL., 2017, S. 8.

28 BINDT ET AL., 2017, S. 11.

29 GROEN & JÖRNS-PRESENTATI, 2017.

zusammengestellt werden: Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe, Jugendbewährungshilfe, Schule,³⁰ Vollzug, freie und öffentliche Träger der Jugendhilfe, Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als besonders schwierig erwies sich hier die Akquise von Teilnehmenden aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Moderation der Workshopreihe wurde von den Projektkoordinatorinnen des CJD Nord und Autorinnen dieses Beitrages übernommen, die auch zwischen den Workshopterminen in regelmäßigem Kontakt mit den Teilnehmenden standen.

Workshop I

Der anonymisierte Fall für den ersten Workshop wurde durch das Familieninterventionsteam (FIT), ein überbezirkliches Jugendamt für delinquente Kinder und Jugendliche in Hamburg bereitgestellt. Zur Vorbereitung versandten die Fall einbringenden Fachkräfte im Vorwege des Workshops eine detaillierte tabellarische Auflistung des Hilfeverlaufs, die Tatvorwürfe der Polizei sowie Auszüge eines psychiatrischen Gutachtens – alle Unterlagen waren anonymisiert. Nach einer Fallvorstellung aus Sicht der fallführenden Fachkräfte diskutierten die Teilnehmenden ihre Einschätzungen des Fallverlaufs.

Aus Sicht der Teilnehmenden verdeutlichte der hier sehr ausführlich dargestellte Fallverlauf mit mehrfachen Aufenthalten in allen drei Systemen, dass über Jahre „viel rumprobiert“ wurde. Gewisse Ohnmachtsreaktionen der beteiligten Fachkräfte manifestierten sich in dem „Durchreichen“ durch die Systeme: Wechselnden Jugendhilfeeinrichtungen fehlte es an der entsprechenden Haltefähigkeit, Gründe für mehrfache Rückführungen in den familiären Haushalt waren nur schwer nachvollziehbar, der „Ruf nach der KJP“ erfolgte in besonders ausweglos erscheinenden Momenten und auch hier war nur eine kurzfristige stationäre Unterbringung möglich. Die Teilnehmenden stellten sich daher die Frage: „Warum wurden gewisse Brüche mitgetragen, die von außen betrachtet, eklatant sind?“ Ihrer Auffassung nach war weniger ein Mangel an Angeboten ursächlich für das Scheitern der Versorgungsbemühungen, sondern die systemischen Grenzen und das Fehlen eines gemeinsamen Fallverständnisses. Daher beschloss die Gruppe im zweiten Workshop der Frage nachzugehen, wie verschiedene Fachkräfte aus verschiedenen Institutionen zu einem gemeinsamen Fallverständnis kommen können. Dieser Frage sollte sich erneut anhand eines konkreten Falls genähert werden. Ein Vertreter der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift-Hamburg erklärte sich bereit, gemeinsam mit einer Teilnehmenden aus dem Bereich der Jugendhilfe einen Fall einzubringen.

Workshop II

„Ich, ein/e fragmentierte/r Jugendliche/r mit einer zersplitterten Familie muss all das vereinen, was ihr alle in vielen Jahren nicht erfolgreich koordiniert habt.“³¹

Diese Perspektive eines Jugendlichen verdeutlicht, dass ein gemeinsames Fallverständnis einher geht mit der Notwendigkeit einer systemübergreifenden und stärker klientenzentrierten Sichtweise. Eine Annäherung an die Frage eines gemeinsamen Fallverständnisses erfolgte im zweiten Workshop daher zum einen auf systemischer und zum anderen auf Klientenebene. Nach einer gemeinsamen Fallvorstellung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe teilte sich das Plenum in zwei Gruppen. Eine Gruppe beschäftigte sich mit der Darstellung aller parallelen Rechtskreise, die in dem geschilderten Fall relevant waren. Auch erfahrene Fachkräfte äußerten in diesem Zusammenhang den

Wunsch nach vertieften übergreifenden Systemkenntnissen, da der berufliche Alltag häufig von systemimmanentem Handeln bestimmt sei.

Die zweite Gruppe betrachtete den Fallverlauf aus Sicht des Jugendlichen. Mit dem Auftrag: „ich heiße...und ich fühle mich...“ versetzten sich die Teilnehmenden in die Lage des jungen Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen. Diese Übung korrespondiert mit dem eingangs erwähnten Zitat, indem sie die Komplexität der Beziehungen und die Vielschichtigkeit der Verantwortungen des Jugendlichen verdeutlichte. In einer graphischen Darstellung wurde der Jugendliche ins Zentrum gestellt und von einem komplizierten Netz an familiären und professionellen Akteuren umgeben. Im Rahmen dieser Darstellung wurde deutlich, wo Kooperation und wo Versorgungslücken entstanden. Mit Hilfe der Methode wurden ferner Versorgungsmuster verdeutlicht – in dem spezifischen Fall erlebten etwa die Fachkräfte, die die Sicht des Jugendlichen einnahmen, die Versorgungsansätze als wiederkehrende Abschiebungen in unvertraute Settings. Aus Sicht der Moderatorinnen fiel auf, dass die hier angewandte klientenzentrierte Sichtweise und das interdisziplinäre „Brainstorming“ bei den fallführenden Fachkräften, die an ihre professionellen Grenzen in dem Fall gestoßen waren, zu neuen Empathien führten.

Im anschließenden Plenum stellten beide Gruppen ihre Ergebnisse vor. Die systemische Betrachtungsweise der ersten Arbeitsgruppe verdeutlichte zum einen die Vielzahl der beteiligten Akteure ab dem Schulkinderalter, zum anderen die Versäulung der einzelnen Rechtskreise. Die Teilnehmenden beobachteten, dass ein bereits „fragmentiertes System sich nur mit Fragmenten des Problems beschäftigt“. Weiter sei das Versorgungssystem eher auf die Symptombehandlung ausgerichtet und weniger auf die Prävention. Für letzteres seien die Krankenkassen nur schwer zu gewinnen, so dass es an entsprechenden finanziellen Ressourcen fehle.

Die zweite Arbeitsgruppe empfand den Perspektivenwechsel als eine Bereicherung. Während ein Teilnehmer die vorgeschlagene Herangehensweise zunächst als „esoterisch“ betrachtete, erwiesen sich die Sichtweisen, Hypothesen und Handlungsvorschläge von Fachkräften aus den jeweils anderen Systemen ohne vorherige Begegnung mit dem Jugendlichen letztlich als hilfreich. Als Fazit des zweiten Workshops kamen die Teilnehmenden zu der Erkenntnis, dass nicht der Jugendliche an das System angepasst werden müsse, sondern das System an die Bedürfnisse des Jugendlichen.

Workshop III

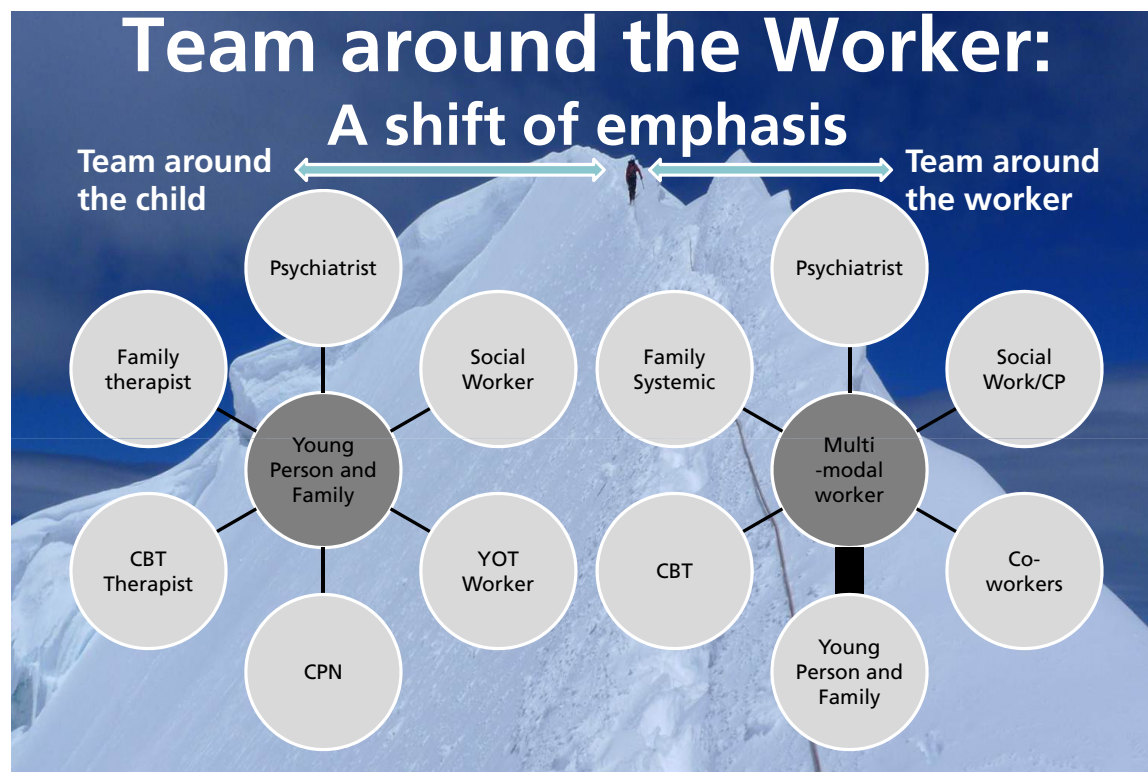
Im dritten und letzten Workshop sollten die Erkenntnisse gebündelt werden und nächste Schritte für eine gelingende Kooperation und damit einer besseren Versorgung entwickelt werden. Auch in diesem Workshop wurden der systemische und der klientenzentrierte Strang in zwei Arbeitsgruppen verfolgt. Nachdem der zweite Workshop das komplexe Netzwerk an Akteuren aufgezeigt hatte, mit dem der Jugendliche sich im Hilfeverlauf auseinandersetzen muss, beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe mit dem Konzept des „multi-modal workers“³² oder des „key workers“, der anstelle des Jugendlichen in die Mitte des Interaktionsgeflechtes tritt und als entsprechend fachlicher ausgebildeter Akteur die

30 Im Rahmen der Workshops wurde angemerkt, dass das System Schule häufig fehle, da „Systemsprenger“ oft als „nicht beschulbar“ gelten. Allerdings gebe es sehr wohl spezialisierte Angebote für die Zielgruppe, die bei Fachkräften jedoch nicht immer bekannt seien.

31 DANGERFIELD, 2017, S. 20.

32 DANGERFIELD, 2017, S. 61.

Abbildung 1: Grundlage der Gruppenarbeit für Workshop III. Anstelle des Jugendlichen tritt der „multi-modal worker“. Dickon Bevington und Peter Fuggle, Anna Freud National Centre for Children and Families in London, in: DANGERFIELD, 2017.



Koordination der Hilfen übernimmt. Die Gruppe orientierte sich an einem von den Moderatorinnen eingeführten Modell von BEVINGTON und FUGGLE, das auch in Spanien Anwendung findet und reflektierte Ansätze der Übertragung auf den Hamburger Kontext (s. Abbildung 1).

Im Rückblick auf die vergangenen Workshops widmete sich die zweite Gruppe der Frage, wie eine verstärkte multidisziplinäre Kooperation in einem großstädtischen Setting gelingen könnte. Die Moderatorinnen warfen zunächst die provokative Frage nach dem Mehrwert von Kooperation auf. Führe sie nicht letztlich zur Einigung auf kleinstem gemeinsamem Nenner und nicht zu Entscheidungen, die fachlich sinnvoll seien?³³ Diese Sichtweise wurde von den Teilnehmenden mehrheitlich zurückgewiesen, die sich nicht zuletzt durch die Workshopreihe ermutigt sahen, den Kooperationsgedanken für die kleine und spezielle Zielgruppe der sogenannten „Systemsprenger“ weiterzuentwickeln. Allerdings betonte die Gruppe, dass für formalisierte behördenübergreifende Kooperationsstrukturen gewisse Parameter definiert und Verfahrensabläufe entwickelt werden müssten. Zum einen dürften mit der Einrichtung eines neuen Kooperationsgremiums keine Parallelstrukturen geschaffen werden. Insbesondere in großstädtischen Settings gebe es bereits zahlreiche bestehende Gremien. Im Hinblick auf Verfahrensabläufe müssten folgende Aspekte geklärt werden: Zusammensetzung der Teilnehmenden (Leitungsebene oder operationelle Ebene, fallinvolvierte oder externe Fachkräfte), geografische Verortung (Stadtteilebene oder flächendeckend), Rahmenbedingungen des Gremiums (regelmäßige oder bedarfsorientierte Treffen, Dauer und Häufigkeit), Fallbringung (wer bringt Fälle ein und welche Fälle werden eingebracht?), Verbindlichkeit (Verantwortung für follow-up

und verbindliche Entscheidungen) und Koordination (behördenintern oder extern).

Im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse im Plenum diskutierten die Teilnehmenden über mögliche Umsetzungsschritte der angeregten interdisziplinären Kooperationsformen. Sie kamen mehrheitlich zu dem Schluss, dass Verfahrensfragen zwar wichtig seien, dass letztere den Kooperationsgedanken jedoch nicht hemmen sollten. Vielmehr wurde der Wunsch geäußert „einfach einmal im Kleinen anzufangen“.

Evaluation und „Lessons Learned“

Am Ende der drei Workshops erfolgte eine Reflektionsrunde sowie eine schriftliche Evaluation der Workshopreihe durch das CJD Nord Projektteam. Zudem wurde eine gemeinsame Veranstaltung für die Mitglieder des Expertengremiums sowie für die Workshopteilnehmenden organisiert, auf der Ergebnisse und Eindrücke des Pilotversuchs diskutiert wurden. Basierend auf diesen Rückmeldungen lässt sich eine Reihe von „lessons learned“ für potentielle nächste Schritte zusammenfassen.

Die Initiierung, Planung und Koordination des interdisziplinären behördenübergreifenden Gruppenprozesses erfolgte durch das CJD Nord als einem neutralen und unabhängigen Akteur. Zwar bestand ein europäisches Forschungsinteresse, jedoch beeinflussten keine trägereigenen Interessen den Prozess. Es wurde begrüßt, dass die fachlichen Kompetenzen somit bei den Teilnehmenden selbst lagen.

³³ Bezugnahme auf den Vortrag von Prof. Dr. HOLGER ZIEGLER am 29.11.2017 auf dem Fachtag „Kooperation im Grenzgangbereich – Ergebnisse und Ausblicke“ in Glückstadt.

Die Teilnehmenden schätzten die interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe. Einige der Teilnehmenden hatten voneinander gehört, waren sich im Rahmen der Workshops aber das erste Mal persönlich begegnet. Aus anfänglicher Skepsis gegenüber der Workshopreihe bei einiger Teilnehmenden entwickelten sich Offenheit, Engagement und neue Kontakte. Dieser positive Effekt zeigte sich jedoch vorwiegend bei jenen Teilnehmenden, die alle drei Workshops besucht hatten. Zudem intensivierten sich Kontakte zwischen Fachkräften, die das CJD Nord Team zu den transnationalen Treffen mit anderen Partnerländern begleiteten. Für einen tatsächlichen Vertrauensaufbau, als wichtige Grundlage für Kooperation, brauche es jedoch deutlich mehr Zeit und einen länger angelegten Gewöhnungseffekt.³⁴

Die Agenda der drei *capacity building* Workshops wurden mit den Mitgliedern des *National Advisory Boards* und den Workshopteilnehmenden in einem partizipatorischen Prozess entwickelt, was mehrheitlich als positiv bewertet wurde. Einige der Teilnehmenden empfanden diesen Ansatz der Workshopkonzeption jedoch als zu zeitintensiv und vermissten klare Vorgaben.

Die intensiven Fallvorbereitungen durch fallführende Fachkräfte und die Vorab-Zirkulation an die Teilnehmenden wurden begrüßt. Bereits in der Aufarbeitung der Fallvorstellung ergaben sich interdisziplinäre Formen der Zusammenarbeit und Ansätze eines gemeinsamen Fallverständnisses. Teilnehmende berichteten, dass eine derart intensive Fallaufarbeitung im Alltag selten möglich sei. Stattdessen entstanden parallele Diagnosen, die aufgrund des Datenschutzes oder knapper Zeitressourcen nicht zielführend geteilt oder gelesen werden.

Als positiv wurden auch die zwei Stränge des *capacity building* bewertet: Der Fokus auf übergreifende Systemkenntnisse einerseits und die Förderung einer klientenzentrierten Sichtweise. Nur im Tandem führten diese beiden Stränge zu einem gemeinsamen Fallverständnis.

Die Teilnehmenden bewerteten die gemeinsame Fallarbeit als positiv. Die Fachkräfte lernten die Arbeitsmethoden, aber auch die Grenzen anderer Behörden und Institutionen am Beispiel von zwei konkreten Fällen kennen. Dabei kamen auch Unwissenheit und Unsicherheiten über die jeweiligen Aufgabengebiete des fachfremden Gegenübers zutage. Statt sich jedoch abzugrenzen wurde der Gruppenprozess als bereichernd und gleichzeitig entlastend wahrgenommen. Aufgrund des Pilotcharakters waren die Teilnehmenden nicht mit einem unmittelbaren Entscheidungsdruck konfrontiert und konnten sich der Fallreflektion kreativ und ergebnisoffen widmen. Die Tatsache, dass nur ein Teil der Gruppe mit dem Fall vertraut war, erwies sich durch das Einbringen von unvoreingenommenen Perspektiven als hilfreich und erlaubte es den Teilnehmenden „*Miteinander mehr als Hilflosigkeit zu erleben*.“³⁵

Ausblick: Wie kann multidisziplinäre Kooperation gelingen?

Nach dem Ende der Workshops kam aus der Gruppe der Teilnehmenden die Frage nach den nächsten Schritten der Umsetzung des durch das EU-Projekt Fact for Minors initiierten multidisziplinären Kooperationsprozesses. Das 18-monatige Projekt konnte diesen Prozess anstoßen, die Nachhaltigkeit fällt dagegen in den Bereich politischer Entscheidungsgremien. Hier spielen Fragen der ressortübergreifenden Finanzierung, der Vermeidung von Parallelstrukturen und des entstehenden Mehrwertes eine wichtige Rolle. Zusätzliche Kooperationsleistungen erfordern zunächst finanzielle und personelle Ressourcen, die von allen Systemen gemein-

schaftlich getragen werden müssten. Fachkräfte müssen für ihre Kooperationsleistungen vergütet und freigestellt werden, um gemeinsam klientenzentrierte und langfristige ressourcensparende Lösungen zu erarbeiten. Teilnehmenden wünschten sich hier einen „*Hamburger Schulterschluss*“.

Kooperation ist kein Selbstzweck – sie muss sich lohnen.³⁶ Die Beteiligten müssen durch sie in ihren Ängsten und ihrem Verantwortungsdruck entlastet werden. Die Workshops und andere Praxisbeispiele haben gezeigt, dass es dafür Zeit, Verbindlichkeit und Pflege braucht. Kooperation kann nicht „*nebenbei*“ abgehandelt werden, sie muss vielmehr fest im Alltag verankert, gut vorbereitet und dokumentiert werden.³⁷ Den Beteiligten muss dabei deutlich werden, dass ohne eine gute gemeinschaftlich getragene Lösung, der eigene Beitrag zum Wohl der Jugendlichen nur begrenzt bleiben kann.³⁸ Hier geht es um die Haltung von Fach- und Leitungskräften eine kooperative Einstellung einnehmen oder entwickeln zu wollen, um dieses Ziel zu erreichen.

Die Schaffung von Parallelstrukturen ist in einem großstädtischen Kontext eine berechtigte Befürchtung. Mit dem Rückgang stationärer Angebote, dem Wegbrechen familiärer Ressourcen und einer Verschiebung des Erkrankungsspektrums von eher somatischen hin zu psychischen Auffälligkeiten ist jedoch in Zukunft mit einem erhöhten Versorgungsbedarf der Zielgruppe auszugehen.³⁹ Die Ergebnisse der Workshopreihe haben das Bedürfnis der Fachkräfte nach einem gesonderten Gremium für besonders herausfordernde Fälle verdeutlicht. Neben Raum und Zeit für kreative Lösungen bedarf es auch an Qualitätsstandards der multidisziplinären Zusammenarbeit, damit sie über den oben genannten kleinsten gemeinsamen Nenner hinausgeht und zum einen passgenaue Lösungen für Jugendliche erlaubt und zum anderen Fachkräfte in ihrem Alltag stärkt und den Druck „*ertragbar*“ macht.

Die hier genannten Ergebnisse des *capacity building* auf lokaler Ebene werden mit den Erkenntnissen der anderen fünf Partnerländer in europäische Handlungsempfehlungen einfließen. Obgleich die jeweiligen Versorgungssysteme in den anderen Partnerländern sich in ihrem Aufbau unterscheiden, wurden die Herausforderungen, etwa einer fehlenden gemeinsamen Sprache, der Verantwortungsdelegation zwischen den Systemen und dem Mangel an klientenzentrierten Lösungen für die Zielgruppe flächendeckend bei allen Partnern festgestellt. Um den Bedürfnissen von jungen Menschen mit psychischen Belastungsstörungen in Zukunft besser gerecht zu werden und die sozialen Ungleichheiten in den europäischen Versorgungssystemen zu reduzieren, bedarf es innovativer Ansätze und wissenschaftlicher Begleitung. Exemplarisch für eine wissenschaftliche Herangehensweise ist das nationale Reformprogramm (2016-2019) des Bundesministeriums für Soziales und Gesundheit in Finnland, das eine Neuausrichtung des Versorgungssystems und der operativen Kultur auf der Grundlage gezielter empirischer Begleitforschung anstrebt.⁴⁰

34 Einzelinterview aus dem Bereich der Wissenschaft sowie Gruppeninterview mit multidisziplinären Akteuren.

35 Präsentation eines Workshopteilnehmenden aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Steering Group Meeting Fact for Minors, Porto, 17.01.2018.

36 Vgl. auch GROEN & JÖRNS-PRESENTATI, 2017.

37 Einzelinterview, vgl. auch GROEN & JÖRNS-PRESENTATI, 2017, S. 15.

38 KOBZA, 2018.

39 BECK & KELLERHAUS, 2010.

40 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE, 2017, S. II; [http://stm.fi/en/health-and-wellbeing].



SVENJA HEINRICH
(Dipl. Soziologin; M.A. International Affairs) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Migration, Forschung und Beratung, EU-Projekte im CJD Nord am Standort Hamburg.
svenja.heinrich@cjd-nord.de



GALINA MISSEL
(M.A. Internationale Kriminologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Migration, Forschung und Beratung, EU-Projekte im CJD Nord am Standort Hamburg.
galina.missel@cjd-nord.de

LITERATURVERZEICHNIS

- BAUMANN, M. (2015). „Systemsprenger“ (!) – Kinder und Jugendliche, an denen die Jugendhilfe scheitert. (Fliegener Fachhochschule Düsseldorf). [http://www.erev.de/files/2015_baumann_intensivpaedagogik.pdf].
- BECK, N. & KELLERHAUS, J. (2010). Zwischen den Systemen: Kinder mit psychischen Störungen. *Neue Caritas, Ausgabe 19*. [<https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/zwischen-den-systemen-kinder-mit-psychis>].
- BINDT, C., WALTER, J., MÜLLER, K.-D. & JAGDT, O. (2017). *Kooperation zwischen dem LEB und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Hamburg*. (Erfahrungsbericht über den Zeitraum Dezember 2015 bis Juni 2017).
- BRANIK, E., DALLMEYER, A., EXNER, C., LENGFELDT, S., PETERSEN, K. & SCHÜLLENBACH, B. (2007). *Ein Klima der Kooperation fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. (Ergebnisse der Arbeitsgruppe Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie 2006-2007). (hrsg. von der Freien und Hansestadt Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz).
- BRUNDESVERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN UND DIENSTE DER ERZIEHUNGSHILFEN E.V. (BVkE) (2010). *Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Zum Stand der Diskussion im BVkE*. Caritas.
- DANGERFIELD, M. (2017). *AMBIT. Adaptive Mentalizing Based Integrative Treatment*. (An approach for working with young people with complex problems and a poor relationship to help, developed by Dickon Bevington and Peter Fuggle, Anna Freud National Centre for Children and Families (London)). (Präsentation, Steering Group Meeting, Barcelona, 18. Mai 2017).
- FEGERT, J. (2010). *Psychische Auffälligkeiten jugendlicher Straftäter: Forensische Relevanz und Relevanz für Sanktionen und Maßregeln*. (Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm. PPT Präsentation). [https://kipdf.com/psychische-auffaelligkeiten-jugendlicher-strafte-relevanz-fr-sanktionen-und-ma-re_5ab7co801723dd379cc4664e.html].
- GROEN, G. & JÖRNS-PRESENTATI, A. (2017). *Grenzgänger - Kooperative Abstimmung von Hilfen für hoch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder und Jugendpsychiatrie*. (Evaluation eines Modellprojektes zur Förderung der Kooperation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Elmshorn und der Jugendämter der Kreise Pinneberg und Steinburg Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg).
- INTERNATIONAL JUVENILE JUSTICE OBSERVATORY (IJJO) (2009). *Annual ministerial review. Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health*. *Mental Health resources for Young Offenders*. [<https://www.unicef.org/tdad/mhyosideeventoverveiw09.pdf>]
- IPRS (2017). *Capacity-building. Theoretical aspects and practical guidance for professionals working with children with mental health disorder hosted by alternative care communities*. (EU-Projekt, „Fact for Minors. Fostering Alternative Care for Troubled Minors“, co-financed by the European Commission – Directorate General Justice and Consumers). (JUST/2015/ACTION GRANTS).
- KÖLCH, M., FEGERT, J.M., BERG, G. & JUNG, M. (2015). *Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB*. (Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände. Erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion. DGKJP, BAG KJPP, BKJPP).
- KOBSA, T. (2018). *Fact for Minors*. (Kooperation aus Sicht des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift – Hamburg. Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik, und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters). (Präsentation Steering Group Meeting Fact for Minors, Porto, 17.01.2018).
- LAUCHT, M. (2001). Antisoziales Verhalten im Jugendalter. Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29 (4), 297-311.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE (2018). *State reform schools and government key project in Finland*. (Präsentation, Steering Group Meeting, Porto, 16. Januar 2018).
- OSCHONKA, M., WAMS, M., SCHULTE-MARKWORT, M. & BARKMANN, C. (2010). Psychische Belastung bei deutschsprachigen jugendlichen und heranwachsenden Inhaftierten in der Hafteingangssituation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59 (2), 101-118.
- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., BETTGE, S. & ERHART, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. (Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.

23. Tagung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jugendarrest.

Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Arrestleiter
und Arrestbediensteten in der DVJJ

8. Oktober 2018 bis 11. Oktober 2018
Esslingen

Die Jugendarresttagung wendet sich an alle Berufsgruppen, die in den Jugendarrestanstalten arbeiten oder beruflich mit ihnen zu tun haben (Jugendrichterinnen und Jugendrichter als Anstalts- und/oder Vollstreckungsleiter, Bedienstete des allgemeinen Vollzugsdienstes und des Sozialdienstes). Neben spannenden und praxisrelevanten Fachvorträgen zu jugendarrestspezifischen Themen bietet die Veranstaltung auch die sonst kaum gebotene Möglichkeit, sich umfassend auszutauschen, berufliche Kontakte zu knüpfen und gemeinsame Anliegen vereint wirksam voranzutreiben.

Anmeldeschluss: 5. September 2018

Weitere Informationen & Anmeldung:

DVJJ, Lützerodestraße 9, 30161 Hannover
Tel.: 0511 – 3483642, Fax: 0511 – 318 0660
E-mail: frese@dvjj.de
www.dvjj.de/Veranstaltungen